

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 92

LA
GESTATION ET L'ACCOUCHEMENT
CHEZ LES OBÈSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 15 décembre 1939

PAR

Aline-Louise SAINT-CALBRE

Née à POMAREZ (Landes), le 3 février 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	Juges.
		PÉRY, professeur	
		FAUGÈRE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 92

LA
GESTATION ET L'ACCOUCHEMENT
CHEZ LES OBÈSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 15 décembre 1939

PAR

Aline-Louise SAINT-CALBRE

Née à POMAREZ (Landes), le 3 février 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	Juges.
		PÉRY, professeur	
		FAUGÈRE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHIE, DENIGES, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	N.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRE.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEU.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERM.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIAC.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEUBET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et dentologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMAN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHEYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY, CHARRIER (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	MAGENDIE.
Physiologie	FRANCK.	id.	POUYANNE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	MAHON.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPOIS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLE.	Physique médicale	AURIA.
id.	SARIC.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en co.
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIA.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND-MERE

A MA MERE ET A MON PERE

En témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance.

A MON FRERE

A MA SOEUR

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MES MAITRES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

LA

GESTATION ET L'ACCOUCHEMENT

CHEZ LES OBÈSES

INTRODUCTION

L'obésité est l'accumulation d'une quantité de graisse excessive dans toutes les parties du corps. C'est un excès d'embonpoint. C'est l'exagération d'un processus normal qui, au début et chez des sujets jeunes, ne provoque pas de troubles graves, mais qui donne à la longue des atteintes viscérales importantes qui abrègent la vie des obèses.

Le traitement, très efficace s'il est bien conduit et bien observé, demande de la part du sujet un gros effort de volonté, ce qui explique la fréquence de son échec.

La gestation est un phénomène physiologique qui ne devrait présenter aucune gravité.

L'obésité et la gestation associées donnent souvent lieu à des dystocies graves, que nous nous proposons d'étudier dans cet ouvrage.

Sur les conseils de notre maître, M. le Professeur Andérodias, nous avons suivi le plan suivant :

- I. Fréquence de la gestation chez les obèses.
- II. Influence de l'obésité sur la grossesse.
- III. Influence de la gestation sur l'obésité.
- IV. Le diagnostic obstétrical.
- V. L'accouchement.
- VI. La délivrance.
- VII. Pronostic.
- VIII. Conduite à tenir.
- IX. Observations.
- Conclusions

FREQUENCE DE LA GESTATION CHEZ LES OBESES

Tous les traités de médecine signalent la fréquence de la stérilité chez les femmes obèses. Les troubles ovariens qu'elles présentent si souvent, qu'ils soient la cause ou la conséquence de leur maladie, vont probablement de pair, en effet, avec une fécondité très restreinte. Certaines femmes, d'ailleurs, ne sont fécondées qu'après avoir suivi une cure d'amaigrissement, dont l'effet sur la régularisation des fonctions ovariennes est connu. C'est ce que nous avons noté dans notre observation X.

Parmi les malades que nous avons observées, presque toutes, 15 sur 18, avaient des règles régulières, et il n'y avait que 2 primipares. Ce qui tendrait à prouver, d'une part, que la gestation survient surtout chez les obèses ne présentant pas de troubles ovariens et, d'autre part, que l'obésité acquise à la suite d'une première grossesse n'entrave en rien la fécondité ultérieure.

Quel est le rapport des accouchements chez les obèses et des accouchements chez la femme normale ?

Pour l'établir, nous avons pris en série tous les accouchements faits à l'hôpital Boursier pendant les quatre dernières années entre janvier 1936 et novembre 1939. Sur 30.703 observations, nous avons trouvé 18 cas d'obésité, c'est-à-dire une femme obèse enceinte pour 215 de poids normal.

Les cas où l'obésité est localisée au petit bassin et à la

paroi abdominale n'ont pas été envisagés. Nous avons seulement considéré les cas d'obésité généralisée et retenu les observations des femmes dont le poids avoisine ou dépasse 100 kilos pour une taille moyenne, et 90 kilos lorsqu'elles étaient de petite taille.

L'association de l'obésité et de la grossesse n'est donc pas une éventualité rare.

II

INFLUENCE DE L'OBESITE SUR LA GROSSESSE

Le début de la gestation chez les obèses ne semble pas présenter des troubles particuliers en dehors des difficultés que parfois l'on rencontre chez ces femmes pour poser un *diagnostic* de grossesse. L'irrégularité fréquente des règles fait perdre à l'arrêt de la menstruation une grande partie de sa valeur séméiologique. L'examen gynécologique est particulièrement difficile chez ces femmes, dont la paroi abdominale est épaisse. Et une obèse peut quelquefois arriver au milieu de sa grossesse sans avoir connaissance de son état. L'erreur inverse est souvent signalée par les auteurs : la femme qui voit la disparition de ses règles et son ventre augmenter de volume peu à peu se croit enceinte.

Mais beaucoup d'obèses sont bien réglées, et chez toutes celles que nous avons interrogées, le diagnostic a été porté dès le début. Leur attention a été attirée par l'arrêt de la menstruation associé à des symptômes subjectifs et objectifs.

Les *phénomènes subjectifs* sont les mêmes que ceux ressentis par toutes les femmes enceintes. Nous n'avons noté aucun cas de vomissements graves. Un seul cas de vomissements prolongés pendant toute la grossesse (obs. VII).

Certains auteurs pensent que les femmes obèses mènent rarement leur gestation à terme. D'après Alberto Peralta Ramos, la tendance à avorter que présentent ces femmes provient non de troubles mécaniques ou circulatoires, mais de troubles endocriniens en relation avec la formation et l'hypertrophie des corps jaunes, qui, par l'intermédiaire de

la progestinè, président à la transformation de la muqueuse utérine pour l'implantation de l'œuf.

Nous n'avons pas remarqué une grande fréquence des avortements. Les 18 obèses que nous avons suivies ont mené leur gestation à terme et, dans leurs antécédents, 3 seulement ont eu des grossesses interrompues précocement (obs. I, II et XII). Toutes ont eu des avortements précédés ou suivis de gestation à terme, une seule avait un Bordet-Wassermann négatif (obs. II), et une autre une métróannexite (obs. XII).

En dehors de l'avortement comme accident hémorragique, nous avons trouvé un cas (obs. XI) de pertes sanguines prolongées pendant les sept premiers mois de la grossesse et un cas de pertes sanguines dans les trois derniers mois par placenta prævia marginal.

Par contre, l'appareil cardio-rénal est fréquemment atteint chez les femmes obèses. Si, chez les femmes jeunes, cette atteinte n'est souvent que latente, chez les femmes âgées elle prend la forme manifeste du mal de Bright. La gestation a pour effet, en provoquant une fatigue supplémentaire, de nous les révéler. Aussi l'examen du cœur, l'étude de la tension artérielle et l'examen des urines doivent toujours compéter l'examen général chez une obèse.

Les troubles rénaux que nous avons relevés sont les suivants : 8 cas d'albuminurie.

Dans 6 cas, cette albuminurie n'a été trouvée qu'au moment du travail, par l'examen systématique des urines de toute femme qui entre à l'hôpital.

Une seule femme a présenté des signes prééclamptiques, qui ont disparu dès son entrée à l'hôpital par le traitement approprié.

Une seconde malade (obs. V) avait eu, lors d'un accouchement précédent, des crises d'éclampsie ayant nécessité un traitement actif par la saignée. Elle présentait, au moment où nous l'avons examinée, une albuminurie de 0 g. 90 avec œdème malléolaire important sans hypertension notable.

Les troubles rénaux nous semblent donc fréquents chez les obèses enceintes, puisque, sur 17 malades, 8 avaient de l'albuminurie, mais ils sont, en général, de peu de gravité.

La tension artérielle prise chez les femmes ne présentant pas de troubles rénaux, était toujours normale ou au-dessous de la moyenne. Dans 3 cas, l'hypertension accompagnait l'albuminurie avec maxima de 17, et une fois nous avons noté un maxima de 20.

Le dosage de l'urée sanguine a montré, lorsqu'il a été pratiqué, un chiffre voisin de la normale.

Du côté du foie, nous n'avons pas trouvé de lésions importantes, jamais d'ictère, mais seulement des signes de légère insuffisance hépatique, des troubles de la glyco-régulation.

En dehors des troubles que nous venons d'énumérer, les femmes obèses n'ont présenté aucune autre complication de la gestation.

Chez ces femmes jeunes, l'obésité n'a pas encore eu le temps de provoquer des désordres viscéraux graves, et la gestation révèle seulement une atteinte rénale fréquente mais peu grave.

III

INFLUENCE DE LA GESTATION SUR L'OBESITE

Le poids d'une femme enceinte augmente au fur et à mesure que le terme approche. A la fin de sa gestation, cette augmentation correspond au poids de l'utérus hypertrophié, de l'œuf plus 2 à 3 kilos. Chez la femme obèse, ce n'est pas 2 à 3 kilos que l'on note, mais souvent 5, 6 et même 10 kilos (obs. XVI, IV, et XI).

De plus, l'importante proportion de multipares que nous avons rencontrée dans nos observations (16 sur 17) ne paraît pas le fait d'un simple hasard. Ces malades nous ont souvent signalé que la surcharge adipeuse a commencé après un accouchement, assez fréquemment après le premier, et plus souvent encore après le deuxième.

Plusieurs fois, ces malades ont remarqué que l'obésité s'est constituée par à-coups. Chaque nouvelle poussée correspondant à une nouvelle gestation. C'est ainsi qu'une de nos malades (obs. XVI) III-pare pesait 56 kilos avant sa première gestation; après l'accouchement, elle en pesait 68, après sa deuxième grossesse 80, et actuellement elle en pèse 110. Mais même chez des femmes dont l'obésité date de l'enfance ou de la puberté, les grossesses sont l'occasion d'une aggravation la plus ordinairement importante. C'est le cas relaté dans l'observation X : malade obèse depuis l'âge de 15 ans et qui a nettement augmenté de poids pendant ses trois gestations.

La grossesse marque donc souvent le début de l'obésité et elle est presque toujours facteur d'aggravation.

Quelles sont les causes qui interviennent pour produire ou favoriser l'obésité pendant la gestation ? Il y a tout d'abord des causes exogènes : toutes les obèses que nous avons interrogées mangent beaucoup, font peu d'exercice. Pendant la gestation, l'entourage de la femme — et la femme elle-même — croit qu'il est nécessaire de manger davantage et de se fatiguer moins. C'est quelquefois le début de l'obésité, c'est toujours son aggravation.

Peralta Ramos pense que les troubles apportés par la grossesse sur les organes et les centres qui règlent le métabolisme sont une cause endogène importante de l'obésité.

L'allaitement contribuerait pour les mêmes raisons endogènes et exogènes au développement de l'obésité.

IV

LE DIAGNOSTIC OBSTETRICAL

Si le diagnostic clinique de grossesse est plus difficile, comme nous l'avons déjà vu, chez certaines obèses que chez la femme normale, les difficultés de diagnostic de position, d'hydramnios, de gémellarité, sont encore bien plus grandes et parfois insolubles par la clinique seulement.

L'examen objectif est très difficile dans certains cas, la palpation ne permettant de sentir aucune partie fœtale, et l'auscultation ne décelant aucun bruit cardiaque. De plus, la mensuration de la hauteur utérine est faussée à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale, le volume du fœtus mal évalué l'excès de liquide impossible à percevoir, la gémellarité impossible à diagnostiquer. Souvent un examen radiographique est nécessaire pour obtenir les renseignements obstétricalement indispensables.

Dans les cas que nous avons relevés, l'obésité a été cause d'une erreur de diagnostic. La malade de l'observation XIII entre à l'hôpital en travail, elle a un ventre anormalement développé, la hauteur utérine est de 39 centimètres. On ne palpe qu'un pôle fœtal, qui paraît être un siège, et, au toucher, on sent une présentation de la face. Un seul foyer d'auscultation étant perceptible, l'on pensa que le volume exagéré de l'utérus était dû à l'hydramnios jusqu'au moment où, le premier fœtus étant né, on s'aperçoit qu'il y en a un autre.

Dans un deuxième cas (obs. IV), la malade, qui pesait 115 kilos, avait une paroi abdominale tellement épaisse que la palpation ne permettait pas de diagnostiquer la position. L'auscultation était négative mais la malade sentait remuer. Le col était élevé, la tête non engagée, on ne sentait pas la présentation. Une radiographie fut nécessaire pour compléter le diagnostic.

L'ACCOUCHEMENT

La fréquence des dystocies chez les obèses est la constatation qui ressort le plus nettement de la lecture de nos observations.

Sur 18 malades, 2 seulement ont eu un accouchement tout à fait normal. Pouvons-nous nous baser sur ces chiffres pour affirmer que les accouchements eutociques sont l'exception? Le service obstétrical de l'Hôpital Boursier étant le refuge où se concentrent les dystocies graves, nos documents ne nous permettent pas d'en établir le pourcentage. Il nous semble néanmoins être dans le vrai en affirmant qu'elles sont très fréquentes.

Nous allons successivement étudier les anomalies des divers actes de l'accouchement, qui, si souvent chez l'obèse, forcent l'accoucheur à intervenir.

Présentations atypiques.

Nous avons rencontré 6 présentations du siège sur 18 observations (dont 2 récidivantes). Deux fois seulement l'accouchement s'est passé normalement et la manœuvre de Mauriceau fut facile.

L'on fut obligé d'intervenir une fois par voie abdominale, l'engagement et la dilatation ne se faisant pas. Le col restant dur sans aucune tendance à l'effacement.

Nous avons noté 2 cas de forceps sur tête dernière et une grande extraction du siège.

La fréquence exagérée de la présentation du siège doit, sans doute, être mise sur le compte du mauvais état habituel de la paroi abdominale et de la mauvaise qualité de la musculature utérine.

Les difficultés du diagnostic clinique chez la femme obèse pendant la gestation peuvent faire méconnaître une présentation du siège. Même diagnostiquées, ces présentations sont difficilement transformées par version externe à travers une paroi abdominale très épaissie.

Nous avons enregistré 2 présentations de la face dans un cas de gémellarité.

Pas de procidence du cordon.

Les contractions utérines.

Les contractions utérines sont souvent anormales soit par hypertonie, soit le plus fréquemment par hypotonie. 7 fois nous avons trouvé des contractions irrégulières, peu intenses, espacées. 4 fois elles étaient violentes, prolongées, sans relâchement complet du muscle utérin dans leur intervalle.

D'après les auteurs, cette hypotonie serait due à la surcharge graisseuse de l'utérus, à son état de vieillesse, provoquée par des gestations répétées.

La conséquence de ces hypotonies est que le travail et la dilatation sont souvent très longs, la rupture de la poche des eaux étant souvent précoce, et même prématurée, la parturiente court des dangers d'infection amniotique.

L'étude du travail et de la dilatation chez nos malades nous a montré une durée très prolongée. En effet :

Chez les 2 primipares de nos observations, nous notons une durée de travail de 24 et de 30 heures. Pour les multipares, la durée du travail est également augmentée. 6 femmes sur 16 ont une durée de travail avoisinant la durée moyenne, c'est-à-dire 40 heures. Toutes les autres ont une durée qui dépasse ce chiffre et va jusqu'à 50 heures.

Dystocie d'engagement.

La plupart des femmes obèses dont nous avons recueilli les observations, examinées au point de vue obstétrical au début ou pendant le travail, avaient un pôle fœtal qui n'était pas engagé. Ceci est très fréquent chez les multipares et n'inquiète pas l'accoucheur.

D'après Docidovici, chez les obèses même primipares, le plus souvent le pôle fœtal reste mobile au-dessus du détroit supérieur et ne s'engage qu'après la dilatation complète. Sur 16 multipares, ce défaut d'engagement avant la dilatation complète a été noté 11 fois.

Nous n'avons recueilli que 2 observations de primipares (obs. VII et XVIII), et les deux fois nous avons noté ce défaut de pointage du pôle fœtal dans les dernières semaines de la grossesse et même au début du travail. A quoi ce fait tient-il?

Le bassin osseux, examiné au point de vue de ses dimensions, a toujours montré des diamètres normaux et quelquefois même augmentés.

Nous n'avons pas trouvé du côté de l'utérus d'anomalies de forme ni de position.

Un cas de placenta prævia marginal.

Un cas d'utérus fibromateux sans formation du segment inférieur diagnostiqué après l'opération.

Un cas où le segment inférieur était très épais avec un col dur, scléreux, qui ne se modifie pas, oblige à passer par voie haute.

Nous ne croyons pas que le volume de la tête soit une dystocie d'engagement, car nous n'avons pas trouvé de disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin.

Par contre, chez toutes ces femmes, nous trouvons une paroi abdominale très adipeuse dont la musculature est peu développée, qui se laisse distendre facilement et n'appuie pas sur l'utérus gravide pour aider à l'engagement du pôle fœtal.

Plusieurs auteurs ont signalé que chez les obèses, par

toucher vaginal, on perçoit un matelas graisseux qui recouvre l'os du bassin. Sellheim, de Leipzig, et Tassovatz, de Strasbourg, ont signalé deux cas de dystocie par accumulation de graisse dans le petit bassin, donnant lieu aux mêmes difficultés qu'une tumeur prævia.

Tassovatz a même précisé que le tissu adipeux du pelvis disparaîtrait au cours de la grossesse pour réapparaître ensuite dans le post-partum. Ce déplacement momentané de la graisse, surtout important chez la femme obèse, constituerait un acte préparatoire à l'accouchement. Il s'agirait là d'un phénomène physiologique qui se manifeste au niveau des tissus et des organes pelviens.

Chez nos malades, le toucher donnait souvent l'impression d'un matelas graisseux tapissant les parois du bassin. Mais nous n'avons jamais observé, comme le signale Tassovatz, la formation d'un bourrelet graisseux autour de la tête lorsqu'elle commence à descendre dans l'excavation.

Nous avons déjà vu que les contractions utérines sont souvent diminuées d'intensité et de durée et la musculature utérine mauvaise.

Notre maître, M. le Professeur Andérodias, pense que le défaut d'engagement du pôle fœtal pendant le travail et pendant la dilatation est dû à la conjugaison de plusieurs facteurs : déficience de la paroi abdominale, insuffisance de la musculature utérine, adiposité des parois pelviennes.

Dystocie par gros enfant

Les femmes obèses ont presque toujours de gros enfants dont le diamètre bi-acromial est en général augmenté.

Sur les 19 enfants de nos malades :

Si 2 avaient un poids au-dessous de la moyenne,
9 avaient un poids supérieur compris entre 3 kg. 250
et 3 kg. 800;

3 pesaient de 3 kg. 800 à 3 kg. 840;

4 de 4 kg. 330 à 4 kg. 700,

et le plus gros pesait 5 kilos.

A quoi est dû le poids exagéré de ces enfants ?

L'hérédité maternelle est très discutée.

L'hérédité paternelle est admise plus volontiers, cependant nous n'avons trouvé qu'un seul procréateur dont le poids dépassait 100 kilos.

Hofhauer pense que la graisse du fœtus provient tout au moins en partie de la mère et passe dans le placenta.

Trillat, de Lyon, a remarqué que le poids de l'enfant croît proportionnellement au gain réalisé par la mère pendant la gestation. Cette opinion concorde avec les faits notés dans nos observations.

Quelle qu'en soit la cause, le volume des enfants des femmes obèses, nettement supérieur à la moyenne, donne souvent lieu à des dystocies des épaules. Malgré des contractions utérines normales, la tête n'a pas tendance à s'engager; on fait une application de forceps, et l'on s'aperçoit que la tête a tendance à remonter dans le vagin; les épaules sont retenues au niveau du détroit supérieur. C'est ce qui s'est produit chez les malades des observations III, XIV et XV.

Dans la présentation du siège, il nous a également été donné de noter des dystocies dues aux épaules (obs. VI, VIII et XI).

L'accouchement prématuré ne semble pas rejeté par le Professeur Pery chez les femmes ayant toujours eu de gros enfants dont le dernier a donné lieu à de grosses difficultés. Nous devons cependant remarquer que le volume du fœtus est difficilement appréciable chez la femme obèse et que ces femmes ayant eu antérieurement de gros enfants peuvent par la suite en avoir présentant un poids tout à fait moyen. Le fait a été noté dans nos observations.

De l'ensemble de nos constatations il n'apparaît donc pas que, chez les obèses, l'accouchement prématuré puisse être érigé en règle absolue. C'est en se basant à la fois sur les antécédents de la parturiente et sur les résultats de l'examen obstétrical que l'accoucheur doit tirer sa ligne de conduite.

VI

LA DELIVRANCE

Chez la parturiente obèse, la délivrance naturelle s'observe moins fréquemment que chez la femme normale.

Sur 11 délivrances, 4 nécessitèrent l'intervention de l'accoucheur. Dans 3 cas, l'indication fut portée par une hémorragie survenue après l'expulsion du fœtus et s'accompagnant de rapidité du pouls, de pâleur généralisée, sans qu'il y eût toutefois état de shock.

Dans le quatrième cas, il s'agissait d'une révision utérine.

Ces délivrances artificielles se firent aisément, à l'exception cependant du cas cité à l'observation XIII (grossesse bivitelline), où le placenta très adhérent fut difficile à extraire.

Ces hémorragies de la délivrance survinrent chez des femmes dont l'hypotonie utérine avait entraîné un travail prolongé, qui avait lui-même accru la fatigue de la musculature utérine.

Après l'accouchement d'une obèse, il convient donc de surveiller attentivement l'hypotonie utérine, ainsi que l'état général, et en particulier le pouls et la quantité de sang perdue.

VII

PRONOSTIC

Après les dystocias nombreuses et variées que nous avons signalées chez les obèses, nous ne serons pas étonnés de noter que des interventions fréquentes et diverses aient été nécessaires.

Sur les 18 cas observés, 2 accouchements seulement se sont passés normalement.

Les interventions qui ont été pratiquées sont les suivantes :

- par voie abdominale, 5 césariennes basses;
- par les voies naturelles :
 - 5 applications de forceps;
 - 2 versions par manœuvres internes;
 - 4 extractions du siège.

Nous verrons dans les chapitres qui suivent que ces interventions, si elles sont graves pour la mère, le sont encore plus pour l'enfant, dont la mortalité est assez élevée.

Mortalité et morbidité maternelles.

Sur les 18 observations que nous avons recueillies, nous n'avons pas enregistré de cas de mort maternelle.

Les 5 césariennes que l'on fut obligé de faire n'entraînèrent pas de complications graves. Deux fois seulement elles provoquèrent une légère suppuration de la paroi abdominale.

Davidovici observa 9 malades obèses ayant subi :

- 3 des césariennes simples;
- 3 des césariennes suivies d'hystérectomie;
- 1 opération de Portes,
- et 2 hystérectomies.

Il nota 6 cas de mort. Les décès survenaient immédiatement après l'opération ou dans un intervalle ne dépassant pas quatre jours. Les malades présentaient les symptômes suivants : hyperthermie, pouls très rapide, subictère, ballonnement du ventre.

Ces résultats ne concordant pas avec les nôtres, nous nous sommes demandé quelles en étaient les raisons.

En dépouillant les observations de Davidovici et en les analysant comparativement aux nôtres, nous avons été conduit à penser que cette disproportion de la léthalité était favorisée par l'anesthésique utilisé.

A la clinique Baudelocque, où Davidovici observa ces malades, l'anesthésique utilisé était le chloroforme. Or, celui-ci est particulièrement nocif pour le foie et le rein, et ces glandes étant presque constamment sinon altérées, du moins surmenées chez les obèses enceintes, son emploi nous semble formellement contre-indiqué.

Dans nos observations, l'anesthésique employé fut le plus souvent l'éther, dont le principal inconvénient est, comme on le sait, de favoriser les complications pulmonaires. Mais jamais nous n'avons enregistré ces dernières chez nos malades. Deux fois aussi on utilisa la rachianesthésie.

Si l'anesthésique utilisé nous paraît devoir entrer en ligne de compte dans la différence du résultat opératoire, il faut, à notre avis, y ajouter le choix du moment de l'intervention.

A l'Hôpital Boursier les césariennes ont été faites précocement, tandis que, dans les cas cités par Davidovici, les interventions furent effectuées tardivement, après une épreuve très prolongée du travail, c'est-à-dire sur des malades fatiguées et sans doute en voie d'infection.

La morbidité maternelle ne semble pas plus chargée que chez la femme normale.

Quelques suites de couches subfébriles et 1 cas de phlébite sont seulement à noter.

Nous n'avons pas observé d'agalactophorie.

Mortalité et morbidité infantiles.

La mortalité infantile est très élevée. Sur 18 femmes ayant eu 49 enfants (à cause d'un cas de gémellarité), 6 enfants sont morts quelques heures ou quelques jours après l'accouchement.

Tous les enfants sont morts parce qu'ils avaient souffert ou avaient été traumatisés pendant l'accouchement, à l'exception de 2 cas :

- Obs. XIII : jumeau mort parce qu'il avait une communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire;
- Et un deuxième cas où la cause de la mort est restée inconnue.

Les traumatismes obstétricaux qui ont causé ces décès se sont manifestés de la façon suivante :

3 cas d'hémorragie méningée se manifestant par des crises convulsives, de l'hypothermie, et vérifiée par la ponction lombaire;

1 cas d'asphyxie du fœtus.

La morbidité infantile est aussi très élevée; seuls, 5 enfants sur 18 n'ont pas présenté de signes de souffrance fœtale.

3, dont 1 avec enfoncement crânien, ont présenté des signes d'hémorragie méningée qui ont guéri par la ponction lombaire.

5 fois il a fallu ranimer les enfants, et souvent le résultat ne fut atteint qu'avec peine.

Nous avons enregistré un cas de paralysie du plexus brachial.

Ce qui ressort nettement de nos observations, c'est la grande fréquence de la mortalité et de la morbidité chez les enfants des femmes obèses.

Cette mortalité et cette morbidité sont dues à des traumatismes obstétricaux provoqués la plupart du temps par une extraction laborieuse du fœtus par les voies naturelles. Ces dystocies sont elles-mêmes dues, comme nous l'avons

déjà montré, à la graisse qui tapisse les parois pelviennes, à l'excès de volume du fœtus, aux contractions irrégulières d'un muscle utérin souvent insuffisant, et quelquefois, au contraire, à l'hypertonie utérine.

Dans les cas que nous avons observés nous ne croyons pas que la fragilité fœtale puisse être invoquée et mise sur le compte d'une tare héréditaire ou de l'intoxication gravidique.

Nous pensons, au contraire, que les enfants des obèses ne sont pas spécialement fragiles et que, si leur mortalité et leur morbidité sont élevées, il ne faut incriminer que des facteurs purement mécaniques, tenant aux difficultés de l'accouchement.

*
* *

Les dystocias et les interventions que nous avons étudiées précédemment doivent nous faire porter un pronostic tout à fait réservé sur l'accouchement d'une femme du seul fait de son obésité.

Ces dystocias sont d'autant plus graves qu'elles sont imprévisibles. Lancomme et Lepage ont insisté sur ce caractère des dystocias chez les obèses. Les faits se déroulent souvent de la façon suivante : l'engagement de la tête pendant le début du travail ne se fait pas. Ce fait survenant chez des multipares ne présentant aucune cause de dystocie visible cliniquement ne donne pendant plusieurs heures aucune inquiétude. Les antécédents obstétricaux de la malade sont parfois bons. On attend. La dilatation reste stationnaire, l'engagement ne se fait pas. La poche des eaux est très souvent rompue précocement. On se décide alors à intervenir sur une malade fatiguée qui peut être infectée d'une manière latente.

Donc, en présence d'une femme obèse enceinte qui ne présente aucune cause de dystocie appréciable par le clinicien, il convient de se méfier d'une dystocie qui se révélera seulement tardivement, et fera porter alors un pronostic d'autant plus réservé.

Le médecin doit avoir également présentes à l'esprit les dystocias de dégagement, qui surviennent fréquemment chez les obèses qui ont de gros enfants, dont le volume est difficile à évaluer.

Les mauvaises présentations sont fréquentes, en particulier les présentations du siège. Difficilement diagnostiquées et difficilement réduites, elles assombrissent encore le pronostic.

Lorsque l'intervention chirurgicale ou obstétricale est nécessaire, le pronostic doit être plus réservé que chez la femme normale. Toute intervention obstétricale ou chirurgicale présente des difficultés et des dangers propres à l'obésité. Les applications de forceps des versions sont difficiles à exécuter. Si une basiotripsie est nécessaire, il est difficile de fixer la tête fœtale au détroit supérieur.

L'adiposité, en allongeant la durée de l'intervention chirurgicale, rend celle-ci plus dangereuse, enfin, le pronostic s'aggrave encore des troubles viscéraux qui accompagnent toute obésité.

Le pronostic fœtal est aussi réservé et grave.

De ce que nous venons de dire il ne faudrait pas cependant en inférer que l'accouchement des femmes obèses nécessite toujours l'intervention.

Les antécédents obstétricaux de nos malades montrent que chez cette catégorie de parturientes, les accouchements s'effectuent parfois normalement.

VIII

CONDUITE A TENIR

L'obésité est un trouble de la nutrition que l'on soigne suivant des principes bien établis. Les régimes sont nombreux. Tous prescrivent les restrictions alimentaires associées ou non à la restriction des boissons. L'exercice doit être préconisé. Le régime seul ne suffit pas, l'obésité étant souvent due à un trouble endocrinien, doit être traitée par l'opothérapie appropriée. C'est le rôle du médecin beaucoup plus que celui de l'accoucheur, ce dernier n'étant seulement consulté que lorsque la femme est stérile.

L'accoucheur doit d'abord s'occuper de ces femmes qui deviennent obèses durant leur gestation. Il faut conseiller à une femme enceinte normale qui grossit trop rapidement de rationner son alimentation.

Il existe une prophylaxie de l'obésité chez la femme enceinte qui est de la plus haute importance non seulement pour l'accouchement, mais pour l'avenir même de la femme; cette prophylaxie, toujours délicate à instituer, doit surtout s'inspirer des règles générales d'hygiène de la femme enceinte.

Avant de porter le diagnostic de grossesse chez une obèse, il faut être prudent, et, si l'on hésite, s'aider des réactions biologiques.

Doit-on faire maigrir une obèse pendant sa gestation ? Ce n'est pas le moment d'instituer un traitement énergique, qui, s'il était actif, pourrait provoquer l'interruption de la grossesse avant terme.

La gestation exagérant certaines sécrétions des glandes endocrines et les modifiant, contre-indique le traitement opothérapique expérimenté par les Américains.

Le traitement de l'obésité pendant la gestation doit donc être peu actif si l'on veut être prudent. Mais l'on ne doit pas oublier que la gestation aggrave presque toujours l'obésité, il convient de surveiller attentivement le poids de ces femmes, auxquelles il faut conseiller de rationner leur alimentation, ce qui a. en même temps pour effet d'alléger le travail des émonctoires et de diminuer le poids du fœtus.

Les troubles rénaux étant fréquents, il faut surveiller les urines de ces femmes, leur tension artérielle et leur fonction hépatique.

Au moment de l'accouchement il est préférable d'hospitaliser ces malades en raison des dystocies imprévisibles et graves qui se produisent souvent. Pendant le travail il faut éviter autant qu'il se peut la rupture prématurée de la poche des eaux, accident fréquent.

Si l'engagement se fait, si la dilatation progresse, l'accouchement se fera peut-être normalement, mais il faut demeurer prêt à intervenir pour une application de forceps ou une dystocie des épaules.

Si l'engagement ne se fait pas et qu'il n'y ait pas de dystocie visible, si la dilatation ne progresse pas, si la poche des eaux est rompue, ne pas attendre trop longtemps. Une intervention par voie abdominale chez une malade fatiguée, et peut-être infectée, réduirait de beaucoup les chances d'une opération.

Si l'engagement ne se fait pas et que l'on ait trouvé un obstacle à l'examen, intervenir rapidement sans prolonger l'épreuve du travail.

Le mode d'anesthésie employé doit être de préférence la rachianesthésie. Les obèses supportent mal l'anesthésie générale.

Surveiller les hémorragies survenant avant la délivrance et après.

Être préparé à ranimer les enfants.

Et, après les suites de couche, conseiller aux malades de traiter leur obésité pour leur permettre de maigrir et d'avoir des accouchements normaux.

IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Mme P... (P.), 38 ans, 98 kilos. Obèse depuis l'enfance. Bien réglée.

Antécédents obstétricaux. — 2 avortements.

Gestation actuelle. — Albumine et hypertension (Mx, 17; Mn, 7) pendant le travail.

Rupture prématurée des membranes.

La tête n'est pas engagée; malgré des contractions utérines régulières et fortes, la dilatation ne progresse pas.

On intervient par voie haute. Une césarienne basse montre un utérus fibromateux, sans formation du segment inférieur. L'anesthésique employé est l'éther.

L'enfant, de 3 kg. 840, meurt de crises de cyanose le quatrième jour. A la nécropsie, on trouve un gros foie et une grosse rate.

Placenta : 680 grammes.

Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION II.

Mme A... (A.), 36 ans. V-pare. Règles régulières. Spécificité traitée.

Antécédents obstétricaux. — 2 enfants morts et macérés; 1 enfant vivant, bien portant, après accouchement normal; 1 enfant mort après version interne pour présentation de l'épaule.

Gestation actuelle. — Présentation du siège complet. Rupture prématurée des membranes.

Durée de dilatation : 3 h. 45.

La présentation ne progressant pas, on fait une grande extraction du siège avec forceps sur tête dernière, le Mauriceau ne réussissant pas et la malade poussant mal.

Délivrance naturelle.

Enfant de 2 kg. 900. Ranimé. Présente une dépression pariétale et une hémorragie méningée.

Placenta : 740 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION III.

Mme F... (A.), 35 ans. VII-pare. Obèse depuis sa deuxième gestation. Bien réglée.

Antécédents pathologiques. — Une pneumonie.

Antécédents obstétricaux. — 5 enfants vivants, bien portants, dont les trois derniers pesaient respectivement à leur naissance : 4 kg. 460; 4 kg. 600 et 4 kg. 360.

Le dernier donna lieu à une dystocie des épaules qui nécessita une application de forceps sur la tête et le dégagement des bras.

Gestation actuelle. — Durée de dilatation : 18 h. 45. Rupture spontanée, intempestive, des membranes. Après 1 h. 15 d'efforts d'expulsion, on fait une tentative de forceps au détroit supérieur. Dystocie des épaules. Délivrance normale.

Enfant de 5 kilos. Circulaire lâche. Paralysie du plexus brachial droit.

Placenta : 1 kg. 03.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IV

Mme M..., 28 ans. II-pare. 115 kilos. Réglée normalement. 1 accouchement normal.

A augmenté de poids d'une manière très marquée pendant sa

grossesse. Présente de l'œdème sus-pubien et malléolaire, de l'hypertension et de l'albuminurie. Hypertonie utérine (piqûre de Spasalgine).

Rupture spontanée des membranes.

Durée de la dilatation : 9 h. 45.

Enfant de 3 kg. 400. Placenta : 580 grammes.

Délivrance artificielle pour hypotonie utérine et légère hémorragie.

OBSERVATION V.

Mme R... (G.), 39 ans. III-pare. Règles régulières mais peu abondantes. Péritonite d'origine inconnue à 20 ans.

Antécédents obstétricaux. — Accouchement normal : garçon mort de méningite à 3 mois; deuxième accouchement prématuré, 8 mois 1/2 : garçon mort le quatrième jour.

Gestation actuelle. — Vomissements des trois premiers et des trois derniers mois. Trois hémorragies des trois derniers mois de la grossesse, de sang rouge vif, non douloureuses.

La tension artérielle est normale.

Traces d'albumine dans les urines et glucose (2 gr.).

Examen obstétrical. — Femme obèse dont la paroi abdominale très adipeuse rend la palpation de l'utérus très difficile. Il semble cependant que la tête est dans le flanc droit. On n'entend pas les bruits du cœur, mais la malade sent remuer.

L'examen radiographique montre la tête en bas, le dos à gauche. Le col n'est pas accessible. La tête non engagée.

Après rupture des membranes, on sent un placenta marginal.

Le col n'ayant aucune tendance à l'effacement, l'engagement ne se faisant plus, on fait une césarienne basse : Anesthésie à l'éther

Enfant de 3 kg. 250.

Placenta : 430 grammes.

Légère suppuration de la paroi abdominale.

OBSERVATION VI.

Mme R..., 32 ans. IV-pare. Bien réglée. Pneumothorax.

Antécédents obstétricaux. — 1° Accouchement : fœtus mort après cinq jours de travail; 2° gestation : crises d'éclampsie; présentation du siège; 3° avortement à 4 mois 1/2.

Gestation actuelle. — Albumine : 0 g. 80. Œdème malléolaire important. Présentation S.I.G.A.

Durée de dilatation : 4 h. 30.

Mauriceau pénible.

Enfant de 2 kg. 940, ranimé au bout de 20 minutes; mort d'hémorragie méningée le deuxième jour.

Placenta : 620 grammes.

Délivrance normale.

Suites de couches normales

OBSERVATION VII.

Mme P..., 26 ans. V-pare. Obèse.

1^{re} 2°, 3° grossesses : accouchements normaux; 5^e grossesse, actuelle.

Présentation du siège complet, S.I.G.T.

Période de dilatation : 2 heures. Expulsion : 1/2 heure après injection d'hypophyse, faite en version, en l'absence de contractions peu énergiques. Pieds et siège se dégagent spontanément. Il faut effectuer des tractions pour abaisser le tronc. Il faut abaisser le bras postérieur, puis antérieur (transformé le postérieur). Sur la tête, tentative de Mauriceau infructueuse, tentative de forceps infructueuse. Le Mauriceau n'est réussi qu'au bout d'un quart d'heure. L'enfant, en état de mort apparente, meurt 6 heures après. Son poids était de 3 kg. 800.

Placenta : 730 grammes.

Délivrance : rien à signaler.

OBSERVATION VIII,

Mme A... (P.), primipare, 36 ans. Obèse. Bien réglée. Bordet-Wassermann suspect. A eu de la diphtérie et une crise de coliques hépatiques.

Grossesse actuelle : A présenté des pertes blanches.

Traces d'albumine et 2 grammes de sucre dans les urines.

Tension artérielle normale.

Rupture prématurée spontanée de la poche des eaux. Après un jour d'attente, la dilatation étant stationnaire à 2 francs, et les bruits du cœur étant mauvais, on décide d'intervenir par voie haute.

Césarienne basse sous anesthésie générale à l'éther.

L'enfant pèse 3 kg. 420; il est péniblement ranimé.

Suites de couches : rien à signaler.

OBSERVATION IX.

Mme F... (G.), 37 ans. IV-pare. Règles régulières mais peu abondantes.

Antécédents obstétricaux. — 2 accouchements normaux de gros enfants. Troisième accouchement : gros fœtus mort au moment de l'accouchement, après une application de forceps.

Gestation actuelle. — 40 centigrammes d'albumine dans les urines et 1 gramme de glucose.

Tension artérielle : Mx, 17; Mn, 8; Id, 6.

Le tour de taille est de 137 centimètres et la hauteur utérine de 53 centimètres. On diagnostique de l'hydramnios. Hypotonie.

Rupture artificielle des membranes avec procidence du cordon. On fait une version par manœuvres internes. On va à la recherche du pied, et on extrait par le siège. Fœtus de 4 kg. 430 en état de mort apparente, mort, 3 heures après la naissance, d'hémorragie méningée.

Placenta : 850 grammes.

Délivrance artificielle pour révision utérine.

Suites de couches normales.

OBSERVATION X.

Mme G..., 38 ans. V-pare. C'est une femme qui mesure 1 m. 55 et pèse 95 kilos. Elle est devenue obèse après sa deuxième grossesse. Réglée régulièrement.

Pas d'antécédents pathologiques.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse : accouchement prématuré, à 7 mois 1/2, d'un fœtus mort. Elle a eu depuis 3 enfants, qui sont vivants et bien portants.

Gestation actuelle. — Elle a présenté une légère albuminurie. Pas de troubles de la glyco-régulation. Sa tension artérielle était normale.

Pendant le troisième mois de sa grossesse, elle aurait présenté des palpitations et un évanouissement qui aurait duré 10 minutes et qui se serait accompagné de mouvements convulsifs. A plusieurs reprises elle a ressenti des céphalées, des troubles visuels (mouches volantes).

Rupture des membranes artificielles à dilatation complète.

Durée de la dilatation : 4 h. 45.

Enfant de 3 kg. 500. Circulaire lâche. Délivrance naturelle.

Suites de couches : huit jours après son accouchement, la malade fait un foyer de congestion pulmonaire à la base gauche, et, treize jours après son accouchement, apparition d'une phlébite du membre inférieur gauche, et, dix jours après, du membre inférieur droit.

OBSERVATION XI.

Mme S..., 31 ans. III-pare. C'est une femme très corpulente et obèse depuis la puberté, qui pèse 120 kilos et mesure 1 m. 70. Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été de manière très irrégulière : tous les deux mois ou tous les mois et demi.

Depuis l'âge de 20 ans, elle prend des extraits ovariens.

Antécédents obstétricaux. — Durant sa première grossesse, a eu quelques hémorragies des premiers mois, qui ont cessé avec le repos. La dilatation restant stationnaire à 1 franc, on fit une dilatation artificielle du col. L'enfant était mort. Pour sa deuxième grossesse, on a fait une césarienne avant le début du travail.

Gestation actuelle. — 0 g. 07 d'albumine dans les urines. Hypertension : Mx, 20; Mn, 8; Io, 3,5. Les contractions utérines sont fortes et l'hypertonie devient telle qu'on fait des piqûres de Spas-malgine.

Après 18 heures d'attente, la dilatation restant stationnaire à 5 francs, les membranes étant rompues, l'engagement se faisant mal, on décide de passer par voie haute.

On fait une césarienne basse sous rachianesthésie. Enfant de 3 kg. 630, qui crie spontanément.

La malade, après avoir eu une légère suppuration de la paroi, se lève le vingt-cinquième jour.

OBSERVATION XII.

Mme D..., 31 ans, III-pare. Pèse 107 kilos et mesure 1 m. 65. Elle a toujours été bien réglée. Elle a eu deux antécédents collatéraux obèses. Est elle-même obèse depuis sa deuxième gestation.

Ses antécédents obstétricaux sont mauvais.

Son premier enfant était mort-né et pesait 6 kilos. Le deuxième et le troisième accouchements ont nécessité une application de forceps, et, pour le quatrième, on a fait une césarienne basse parce que les contractions utérines étaient insuffisantes, que la dilatation ne progressait pas et que l'engagement ne se faisait pas. L'enfant pesait 3 kg. 300. Les suites de couches furent physiologiques. Ensuite elle eut 2 avortements au terme du quatrième mois.

Gestation actuelle. — La malade a perdu du sang continuellement jusqu'au septième mois de sa grossesse. Lorsqu'elle entre dans le service, elle est à terme. On diagnostique une présentation du siège, que l'on essaie de transformer par manœuvres externes sans résultat. La version se fait spontanément 2 jours après.

La malade est pâle et fatiguée. Un examen du sang montre de l'anémie : 3.000.000 de globules rouges.

Bien que, depuis quinze jours, la malade ressente quelques douleurs, le travail tarde à se déclencher. Le col ne se modifie pas, reste dur, épais, scléreux. Le segment inférieur semble très épaissi.

Le fœtus paraît gros, bien qu'il soit difficile d'apprécier son volume en raison de l'obésité.

Un mois après son entrée dans le service, on essaie deux fois, à un jour d'intervalle, de déclencher le travail sans résultat.

On décide alors de faire une césarienne basse sous anesthésie générale à l'éther (la malade refusant la rachianesthésie). Le segment inférieur est très épais et saigne abondamment. On extrait un fœtus de 3 kg. 460, qu'il faut ranimer.

Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION XIII.

Mme T..., 36 ans. III-pare. Réglée régulièrement. Elle est devenue obèse à la suite de son premier accouchement. Elle a augmenté de 8 kilos à ce moment-là, et, après chaque gestation, a noté une augmentation de poids importante. Elle pèse maintenant 120 kilos et mesure 1 m. 63. Son panicule adipeux est surtout prononcé à la paroi abdominale, aux cuisses et aux fesses.

Elle a eu 5 accouchements normaux.

Pour le sixième, le travail a duré 3 jours, l'expulsion 1 heure.

Pour le septième, le travail a duré 2 jours, l'expulsion 1 h. 1/4.

Le huitième accouchement fut normal.

La gestation actuelle a été normale, l'accouchement aussi. La dilatation a duré 6 h. 15, le travail, 10 heures.

La délivrance a été naturelle.

L'enfant, qui pesait 8 kg. 500, est mort à 3 jours de cause inconnue.

OBSERVATION XIV.

Mme V... (R.), 41 ans. IV-pare. Règles régulières et abondantes. Elle est obèse depuis sa deuxième gestation. Elle a eu 3 accouchements normaux; les enfants sont vivants et bien portants.

Lorsqu'elle entre dans le service, elle est à terme. Son ventre est anormalement développé. La hauteur utérine est de 39 centimètres. A la palpation, on sent un dos à gauche. L'auscultation est positive à gauche, on ne trouve qu'un seul foyer d'auscultation. Au toucher, on sent une face. On a pensé à une grossesse gémellaire en présence de ce gros ventre, mais, après l'examen obstétrical, difficile en raison de l'adiposité de la paroi abdominale, on porte le diagnostic d'hydramnios.

Les contractions utérines sont faibles. La durée de la dilatation est de 6 heures.

On rompt artificiellement les membranes.

Après une heure d'attente, la face s'est transformée en front, qui de nouveau se transforme en face.

On fait une application de forceps et on extrait un enfant de 3 kg. 260.

On s'aperçoit alors qu'il y a un deuxième fœtus. Deuxième présentation de la face. On rompt les membranes, et, après une version par manœuvres inverses, on extrait un enfant de 3 kg. 240, qui crie spontanément.

Quarante minutes après, la malade présente des hémorragies qui nécessitent une délivrance artificielle. Le placenta, très adhérent, montre que l'on a affaire à une grossesse bivitelline.

Suites de couches fébriles. Involution lente de l'utérus.

Le premier enfant meurt un jour après. A l'autopsie, on trouve une communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

OBSERVATION XV.

Mme V..., II-pare, 39 ans. Bien réglée. Obèse depuis son enfance. Un accouchement normal d'un garçon, décédé à 1 an d'entérite.

Gestation actuelle. — Lorsqu'elle entre dans le service, elle est en travail. Présente un utérus volumineux de 40 centimètres de hauteur. Le palper est difficile en raison de l'obésité. On diagnostique de l'hydramnios, le fœtus est très mobile. On maintient la tête au détroit supérieur par un bandage.

Les contractions utérines sont faibles. Rupture spontanée prématurée de la poche des eaux. Durée de la dilatation : 8 h. 45.

La malade étant fatiguée, poussant mal, on fait une application de forceps. Les tractions et la rotation sont difficiles. La tête extraite péniblement, les épaules retenues au détroit supérieur.

L'enfant pèse 4 kg. 700, il faut le ranimer. Episiotomie, réparée par trois points.

Placenta : 890 grammes.

Délivrance normale.

OBSERVATION XVI.

Mme H..., II-pare, 25 ans. Réglée régulièrement. Obèse depuis sa première gestation. Premier accouchement normal d'un garçon pesant 4 kg. 07.

Gestation actuelle. — A présenté des vomissements pendant toute la durée de sa grossesse. A de l'albuminurie. La malade présente de l'hypertonie utérine. On donne de la Spasmalgine.

La malade pousse alors. La tête, qui était au détroit supérieur, descend lentement. Au bout de 10 minutes, elle est dans l'excavation. Les bruits du cœur fœtal étant mauvais, on fait une application de forceps en gauche transversé. La descente, la rotation et le dégagement sont faciles. Mais on a une dystocie des épaules.

On retire un enfant de 4 kg. 380, facilement ranimé. La délivrance, 15 minutes après l'accouchement, est naturelle.

Placenta de 800 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XVII.

Mme J... (B.), III-pare, 28 ans. Elle pèse 110 kilos et mesure 1 m. 65. Elle est obèse depuis sa première gestation.

Avant sa première grossesse, elle pesait 56 kilos, après 68, et après sa deuxième gestation, elle en pesait 80.

Son obésité est surtout localisée aux seins, à la paroi abdominale et aux fesses.

Pas d'antécédents pathologiques.

Antécédents obstétricaux. — A eu 2 accouchements normaux d'enfants pesant 4 kilos.

Elle entre dans le service en travail. On diagnostique une présentation du siège complètement engagé.

On ne peut empêcher la malade de pousser, et rapidement le siège se dégage. Manœuvre de Pageot et de Mauriceau faciles.

La dilatation a duré 6 h. 30.

L'enfant pèse 2 kg. 240. Il est ranimé en quelques minutes.

Délivrance naturelle.

Placenta : 640 grammes.

OBSERVATION XVIII.

Mme G... (S.), 27 ans. III-pare. Pèse 104 kilos et mesure 1 m. 66. Père obèse. Règles douloureuses et irrégulières.

Antécédents obstétricaux. — Un avortement à 1 mois 1/2.

Gestation actuelle. — Pendant quatre mois, la malade perd du sang d'une manière irrégulière et présente des vomissements. Le médecin ne porte le diagnostic de grossesse qu'à la fin du quatrième mois.

La malade entre dans le service à terme. Présentation du siège décomplété très élevé, le col ouvert comme 1 franc.

La dilatation progresse lentement. On fait 1 cm³ de Spasmalgine pour dilatation stationnaire. Le siège restant élevé sous anesthésie générale, on abaisse le pied antérieur.

La dilatation progresse très lentement. A plusieurs reprises, les bruits du cœur fœtal deviennent mauvais, lents et irréguliers.

La malade pousse mal. Cependant le siège se dégage assez vite. Il y a une anse du cordon. Le fœtus fait une inspiration. La malade s'agite mais ne pousse plus. On va chercher le bras postérieur, qui est relevé, puis facilement l'antérieur. Mauriceau très facile, qui ne nécessite aucune traction. Petite déchirure réparée par un point profond et deux superficiels.

On extrait un enfant de 4 kg. 580, qui naît en état de mort apparente. On fait une injection de caféine, on insuffle. L'enfant est ranimé au bout de 10 minutes. Il présente un jour après des crises de convulsion. Une ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien légèrement hémorragique.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales.

CONCLUSIONS

I. — L'association de l'obésité et de la gestation n'est pas un fait exceptionnel.

— Beaucoup d'obésités débutent lors d'une première gestation, et plus fréquemment encore d'une deuxième.

— La grossesse aggrave presque toujours une obésité constituée.

II. — Le diagnostic de grossesse présente chez la jeune obèse des difficultés particulières parfois impossibles à résoudre par la clinique seule. Aussi faut-il faire fréquemment appel aux réactions biologiques et à la radiographie pour affirmer le diagnostic.

III. — L'accouchement est très fréquemment dystocique chez la femme obèse. Il y a souvent de l'hypotonie utérine. La dilatation et le travail sont longs. On se heurte souvent à des difficultés mécaniques provenant de l'insuffisance de la musculature utérine, de la déficience de la paroi abdominale, de la couche graisseuse tapissant les parois pelviennes, du volume important du fœtus. Les présentations du siège sont fréquentes. Toutes ces complications, souvent associées, donnent chez l'obèse des dystocies d'engagement et de dégagement dont la gravité est plus sérieuse pour l'enfant que pour la mère.

IV. — On observe fréquemment des hémorragies de la délivrance dues à l'hypotonie utérine.

V. — Les dystocies graves obligent fréquemment à intervenir par voie abdominale; la césarienne basse sous rachianesthésie est alors indiquée. Les grandes extractions de siège, les versions par manœuvres internes, les applications de forceps, sont souvent nécessaires.

VI. — Les interventions faites précocement, chez des malades qui ne sont ni fatiguées, ni infectées, avec une anesthésie appropriée, donnent de très bons résultats pour la mère, dont la mortalité et la morbidité sont normales.

— La mortalité et la morbidité infantiles très élevées que l'on constate sont imputables aux traumatismes dont le fœtus est l'objet pendant l'accouchement. D'où la nécessité, dans certains cas, d'envisager l'accouchement prématuré.

— Le pronostic est difficile à porter, et souvent sombre pour l'enfant.

VII. — C'est le rôle du médecin de montrer aux femmes les dangers qu'elles courent si elle ne soignent pas leur obésité. S'il est contre-indiqué de faire maigrir une femme enceinte, l'on doit, par contre, l'empêcher d'engraisser au-delà des limites normales. Toute femme obèse en période de travail doit être hospitalisée, et l'on doit se tenir prêt à intervenir.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
F. ANDÉRODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 2 décembre 1939.

Le Recteur de l'Académie.
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS. — Grossesse et obésité. *Encyclopédie médico-chirurgicale*.
- BARRAUD. — Grossesse et obésité. *Bull. Soc. de méd. de La Rochelle*, févr. 1937.
- BONNEAU. — *Bulletin médical*. Paris, 1920.
- DAVIDOVICI (Salomon). — Obésité et gestation. Thèse Paris, 1933.
- DANCEL. — *Traité de l'obésité*.
- DEVRAIGNE. — *Monde médical*, 1924.
- GRENET. — *Gaz. des hôpitaux*, 1926.
- LACOMME (M.) et LEPAGE (F.). — Notes sur la gestation et l'accouchement chez les obèses. *La pratique médicale*, n° 19, déc. 1932.
- MARANON. — *Revue neurologique*. Paris, 1920.
- MATTHEWS DER BRUCKE. — Grossesse normale chez la femme obèse. *The Journ. of the med. assoc.*, 19 févr. 1938, p. 334.
- MOLLER (E.) et CHRISTENSEN. — Ueber den Verlauf der graviditat der geburt und des wochembettes bei ubergewichtigen Erstgebarenden. *Acta obst. et gynecol. Scandinav.*, 18, 222-236, 1938.
- PERALTA RAMOS (A.). — L'obésité et ses relations avec la grossesse. *Nutrition*, 3, 339-368, 1938, n° 5, 1933.
- PERY. — *Bull. Soc. d'obst. et de gynec.*, 1924.
- TASSOWATZ. — *Bull. Soc. Obst. and Gynec.*, 1931.
- TRILLAT. — *Progrès médical*, 1928.
- SELLHEIM. — *Zentrabl. für Gynäk.*, 1926.
- VIGNES. — Physiologie obstétricale. *Bulletin médical*, 1927; *Progrès médical*, 1922.
- SCHIFF (P.). et SIMON (P.). — Délire de possession zoopathique succédant à un délire de grossesse chez une obèse post encéphalitique. *Am. Med. psychol.*, 91, 612-615, mai 1933.
- WINTZ. — *Zentrabl. für Gynäk.*, 1923.

